ARCHIVES

D'ÉLECTRICITÉ MÉDICALE

EXPÉRIMENTALES ET CLINIQUES

RECUEIL BIMENSUEL FONDÉ ET PUBLIÉ

PAR J. BERGONIÉ

PROFESSEUR DE PHYSIQUE BIOLOGIQUE ET D'ÉLECTRICITÉ MÉDICALE A L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
CHEF DU SERVICE ÉLECTROTHÉRAPIQUE DES HOPITAUX
CORRESPONDANT NATIONAL DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
LAURÉAT DE L'INSTITUT

TOUT CE QUI CONCERNE LA RÉDACTION ET LES ÉCHANGES
Doit être adressé à M. le Prof. J. BERGONIÉ, rue du Temple, 6bis, BORDEAUX

Abonnements : France, **20 fr.**; Étranger, **22 fr.**
Les Abonnements partent du 1er janvier de chaque année et ne seront reçus que pour un An

S'adresser à M. J. HAMEL
rue du Temple, 6 *bis*, BORDEAUX

ET DANS TOUS LES BUREAUX DE POSTE

EXTRAIT

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA FULGURATION DANS LE TRAITEMENT DES CANCERS

Par le Dr René DESPLATS (de Lille).

Archiv. d'électr. méd., n° 249, 10 novembre 1908.

BUREAUX DES *ARCHIVES D'ÉLECTRICITÉ MÉDICALE*

RUE DU TEMPLE, 6 bis

BORDEAUX

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA FULGURATION

DANS LE TRAITEMENT DES CANCERS [1]

Par le Dr **René DESPLATS** (de Lille).

M. de Keating-Hart a apporté l'an dernier, devant la section d'Électricité médicale au Congrès de Reims [2], une intéressante communication sur une nouvelle méthode thérapeutique destinée à perfectionner et à étendre la chirurgie du cancer; cette méthode, il l'expérimentait depuis trois ans et il nous présentait en même temps qu'une technique bien mise au point quelques intéressants spécimens des résultats obtenus.

Depuis lors, plusieurs autres communications ou mémoires de l'auteur ont complété l'exposé de son *manuel opératoire,* en spécifiant quelques points de détail fort importants, sur lesquels il n'avait peut-pas insisté suffisamment dès sa première communication.

Quoi qu'il en soit, c'est auprès de M. de Keating-Hart lui-même que j'ai puisé les enseignements nécessaires à la bonne pratique d'une méthode que je n'ai voulu appliquer qu'après avoir vu personnellement un certain nombre de malades guéris et avoir assisté à des opérations variées. Je n'ai, d'ailleurs, rien modifié à sa technique et la méthode employée par moi à Lille est exactement la même que j'ai vu pratiquer à Marseille, ce qui me dispense d'entrer à mon tour dans des développements, qui me paraîtraient pour le moins inutiles, sur le procédé lui-même.

Il me semble, au contraire, beaucoup plus important de vous apporter ici des faits expérimentaux, de nature à vous édifier sur la

[1] Communication au Congrès pour l'Avancement des Sciences, tenu à Clermont du 3 au 10 août 1908. Sections de Médecine et d'Électricité médicale réunies. C'est un devoir bien agréable pour moi de remercier ici tous mes maîtres, qui m'ont facilité mes recherches, et particulièrement M. le Prof. Duret, qui a bien voulu mettre à ma disposition son beau service de l'hôpital de la Charité et m'aider de ses conseils éclairés.

[2] Voir aussi de Keating-Hart, La fulguration dans le traitement du cancer (*Archiv. d'électr. méd.*, 25 mai 1908).

valeur de la fulguration, car c'est uniquement sur des faits bien étudiés, que peut se fonder l'opinion des médecins en matière thérapeutique, plus peut-être qu'en toute autre.

C'est depuis neuf mois seulement que j'expérimente la fulguration et il pourrait vous paraître hasardeux d'apporter, après neuf mois, des observations de cancers traités par une nouvelle méthode, alors que la chirurgie donne souvent des guérisons apparentes beaucoup plus prolongées que ce laps de temps; aussi n'ai-je pas la prétention de vous présenter ici une statistique d'ensemble sur les cinquante cas, qui sont passés depuis ce temps par mes mains; ma statistique risquerait en voulant trop prouver de ne prouver rien, car j'y ferais entrer des cas de cancers opérables et opérés dans de bonnes conditions chirurgicales, qui ne pourront apporter un argument sérieux en faveur de la méthode que dans un avenir plus éloigné.

De la totalité de ces cas opérés, un seul enseignement me paraît devoir être tiré dès aujourd'hui : *La fulguration est bien tolérée par tous les malades quelle que soit la localisation de la tumeur.* (J'ajoute, cependant, que je n'ai pas abordé les tumeurs intra-péritonéales.)

Que, si je veux tirer de ma pratique d'autres conclusions plus positives; il me faut vous citer uniquement les cancers considérés comme inopérables et ceux qui ont été opérés dans des conditions chirurgicales notoirement insuffisantes, par exemple ceux pour lesquels on s'est contenté d'un simple grattage à la curette. J'y ajouterai tous les cas récidivés malgré la fulguration à quelque catégorie qu'ils appartiennent (pourvu toutefois que la récidive nous ait laissés désarmés), car j'estime que les insuccès comportent ou peuvent comporter dans l'avenir un enseignement.

Mon étude comprendra dix-huit cas parmi lesquels sept insuccès, que j'étudierai brièvement, et onze succès.

Première Catégorie. — **Insuccès francs de la méthode.**

Observation I. — *Branchiome de la région parotidienne opéré quinze jours avant par les méthodes ordinaires, récidivé avec trois métastases. — Récidive six semaines après la fulguration.*

Mme V. C..., quarante-deux ans, a été opérée par M. le Prof. Duret, le 24 octobre 1907, d'une tumeur de la région parotidienne gauche, qui a été reconnue branchiome à l'examen histologique.

Le *11 novembre,* elle présente une masse dure dans la région latéro-cervicale gauche, une autre masse ganglionnaire dans l'aisselle gauche, un noyau du volume d'une noix dans le sein gauche, un ganglion épitrochléen droit. Nouvelle intervention suivie de fulguration sur toutes les localisations cancéreuses. Malgré la fulguration, la maladie récidive le 25 *décembre* dans l'aisselle et dans la région cervicale.

Obs. II. — *Épithélioma pavimenteux à globes épidermiques greffé sur une cicatrice de lupus s'étendant depuis l'arcade zygomatique jusque sous le menton*

et depuis la commissure labiale jusque derrière l'oreille, qui est en partie détruite. Neuf interventions suivies de fulguration, la dernière portant sur la table externe du maxillaire inférieur. Échec.

Mlle B..., quarante-deux ans, a été traitée par moi pendant deux ans et demi pour un lupus de toute la partie droite de la face datant de trente-cinq ans; six mois après sa complète guérison elle présenta, en *mars 1906*, un noyau que je ne tardai pas à considérer comme cancéreux. Je la confiai à M. le Prof. Derville, qui pratiqua une large excision en *juin;* mais la tumeur prit bientôt un rapide développement, et, au mois de *novembre,* quand il fut question de fulguration, la joue tout entière était envahie par le tissu cancéreux, depuis l'arcade zygomatique jusque sous le menton et depuis la commissure labiale jusque derrière l'oreille. L'oreille, elle-même, était en partie détruite. Après chacune des neuf fulgurations, qui se succédèrent toutes les trois semaines, la tumeur se localisait et nous semblions gagner du terrain, mais elle récidivait toujours au même point sur la branche horizontale du maxillaire inférieur. En dernier lieu, M. le Prof. Duret me proposa d'enlever par copeaux la table externe de l'os. Un mois après, la récidive se montrait et il ne restait comme dernière ressource qu'à réséquer le maxillaire. La malade s'y opposa.

Obs. III. — *Cancer du rectum jugé inopérable depuis neuf mois, porteur d'un anus iliaque. Amaigrissement. cachexie, morphinomanie. Diffusion du cancer jusque dans les creux ischiorectaux. Amélioration pendant trois mois, puis récidive.*

M. C. A..., quarante-deux ans, porte un cancer du rectum qui a été jugé inopérable en février 1907. En *juin* on a voulu tenter une opération, mais le chirurgien a reculé en trouvant le rectum adhérent à la prostate et à la vessie. Déjà, à ce moment, le malade urinait difficilement et avait des douleurs horribles.

Aujourd'hui, *4 décembre,* le malade est absolument cachectique, jaune paille, souffre terriblement et est morphinomane. Localement, le rectum est plein de végétations cancéreuses, qui font largement saillie à l'anus; il y a des hémorragies.

L'opération, pratiquée par M. le Dr Dominique Augier, consiste à exciser la paroi postérieure du rectum, aussi haut que possible à gratter à la curette la paroi antérieure. On cure aussi largement que possible les creux ischiorectaux qui sont envahis, et on fulgure longuement toute la plaie opératoire.

Cette opération a lieu le *5 décembre 1907*.

A notre grande surprise, notre malade s'améliore très sensiblement, son état général est meilleur, il engraisse de 6 kilogrammes en deux mois; localement la plaie opératoire a très bon aspect et se comble à tel point que nous renvoyons le malade chez lui.

Le *3 mars*, il vient nous revoir et nous constatons la récidive. Une nouvelle intervention nous montre que le cancer fusait plus haut encore que nous ne le pensions dans les creux ischiorectaux et que nous étions restés en deçà du mal. Nous estimons qu'il n'y a rien à tenter et nous contentons de faire un curage sommaire.

Obs. IV. — *Cancer ganglionnaire de l'angle de la mâchoire volumineux, sans localisation primitive appréciable. Exérèse et fulguration. Récidive sur place un mois après.*

M. G..., soixante ans, porte un volumineux paquet ganglionnaire au

niveau de l'angle de la mâchoire. On ne trouve, d'ailleurs, nulle part, de point de départ primitif en rapport avec cette localisation. Cette tumeur évolue depuis le mois de septembre 1907. L'opération, pratiquée le *11 février 1908*, est très laborieuse, à cause du voisinage des gros vaisseaux du cou; on trouve de nombreux ganglions gros comme des haricots sur la chaîne ganglionnaire du cou, le tissu cellulaire paraît, d'ailleurs, infiltré. Après l'exérèse qui a duré 1 heure, et qui a été pratiquée par M. le Prof. Delassus, je fulgure pendant un quart d'heure.

La récidive se produit un mois après.

Obs. V. — *Cancer de la lèvre, récidivé dans les ganglions du cou. Exérèse et fulguration. Récidive trois mois après sous forme d'abcès.*

M. F..., quarante ans, a été opéré pour la première fois par M. le Prof. Delassus, en novembre 1906, d'un cancer de la commissure labiale, pour lequel on fit une large exérèse. Depuis *décembre 1907*, on s'est aperçu de récidive dans les ganglions du cou. Il porte, en effet, une masse ganglionnaire grosse comme un œuf de poule dans la région sous-maxillaire gauche. Exérèse et fulguration le *12 février 1908*. Récidive sur place au mois de *juin* suivant.

Obs. VI. — *Végétations cancéreuses de la verge. Bubon très volumineux. Grattage de la verge. Excision des ganglions. Fulguration. Récidive.*

M. V..., quarante-deux ans, est porteur, depuis cinq ou six mois, d'un épithélioma de la verge pour lequel il me demande d'essayer les rayons X. Je propose d'essayer de conserver la verge en procédant par grattage et fulguration. L'opération pratiquée sur l'aine nous montre une infiltration de tout le tissu cellulaire du voisinage, elle est suivie de fulguration. Pour la verge, M. le Prof. Delassus enlève le tissu cancéreux par rondelles, mais il est évident pour nous, que nous n'avons pas dépassé le mal. Fulguration. Récidive immédiate sur la verge. Amputation. Récidive dans les deux aines.

Obs. VII. — *Cancer du sein récidivé sur place et dans le creux de l'aisselle. Large intervention, fulguration. Petites nodules apparaissent sur la plaie opératoire deux mois après; la malade refuse nouvelle fulguration.*

Tels sont les insuccès, j'ai tenu à en faire mention et j'en tire immédiatement ces conclusions :

1° Il n'y a aucun intérêt à poursuivre les métastases cancéreuses au loin (obs. I), puisque le procédé que nous avons entre les mains est, somme toute, un procédé local;

2° Lorsqu'on laisse des foyers profonds derrière l'étincelle, comme derrière le bistouri, la récidive est obligatoire, malgré des améliorations parfois encourageantes (obs. II, III et peut-être IV et V);

3° Il ne faut pas vouloir être conservateur à outrance (obs. VI);

4° Il ne faut pas hésiter à fulgurer une seconde ou même une troisième fois, si l'on trouve quelques nodules dans les jours qui suivent la première intervention.

De ce fait, je vous montrerai, d'ailleurs, des exemples encourageants dans la seconde catégorie.

Deuxième Catégorie. — **Cancers inopérables ou opérés par un procédé d'exérèse insuffisant. Guéris grâce à la fulguration.**

Obs. VIII. — *Épithélioma térébrant de l'orbite ayant détruit complètement la paupière inférieure, tous les muscles de l'œil, une partie de la paroi de l'orbite. Inopérable. Évidement de l'orbite. Curage du canal nasal et de la fosse nasale. Guérison depuis huit mois (fig. 1, 2, 3).*

R. E..., cinquante-six, m'a été envoyée le 27 juillet 1906, par M. le Prof. Camelot, porteur d'un épithélioma de l'aile droite du nez et de l'angle interne de l'œil correspondant, pour essayer chez lui la radiothérapie, qui fut commencée le jour même et poursuivie pendant cinq ou six mois, sans autre résultat que la cicatrisation de la partie nasale de l'épithélioma obtenue à vrai dire rapidement; mais rien ne put empêcher le cancer de se propager, détruisant petit à petit la paupière inférieure, les muscles de l'œil, etc.

Au moment où il fut question d'intervention, le *22 novembre 1907,* la paupière inférieure était complètement détruite et le cancer était limité en bas par le rebord inférieur de l'orbite; le globe oculaire, réduit à l'état de petit moignon, était adhérent à la paupière supérieure et la région interne de l'orbite était visiblement envahie dans sa totalité par le cancer. Le malade se plaignait, d'ailleurs, depuis quelque temps de souffrir beaucoup et de ne plus dormir.

L'intervention pratiquée par M. le Prof. Duret et par M. Dominique Augier, a consisté à vider l'orbite du tissu cancéreux qui le remplissait jusque dans l'épaisseur du tissu graisseux et qui avait détruit tous les muscles de l'œil; comme la paroi osseuse interne de l'orbite était en partie détruite tout autour du canal nasal, qui lui-même était envahi par le tissu cancéreux jusque dans la fosse nasale correspondante, on fit pénétrer la curette dans ce trajet et à plusieurs reprises on étincela toute la plaie opératoire, pour éliminer à la curette les débris mortifiés, terminant l'intervention par un dernier étincelage soigneux. En tout, l'opération dura 1 heure, dont 20 minutes de fulguration. Les suites opératoires furent des plus simples; nous avons constaté, comme presque toujours en pareil cas, un écoulement très abondant de sérosité d'abord rosée, puis jaune et plus épaisse, dans les quinze jours qui ont suivi l'opération, puis la cicatrisation a commencé à s'opérer normalement, sans que jamais le malade ait ressenti de douleurs, ni présenté d'élévation de température. Il a pu sortir de l'hôpital le *16 décembre,* et, depuis lors, il est revenu me voir fréquemment pour me faire constater son état. Il est depuis longtemps complètement cicatrisé. J'ajoute, pour être complet, que l'examen histologique a démontré qu'il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux à globes épidermiques.

Obs. IX. — *Sarcome à myéloplaxes du maxillaire supérieur ayant nécessité résection du maxillaire, récidive six mois après sur le rebord alvéolaire du maxillaire inférieur. Le chirurgien déclare résection du maxillaire inférieur nécessaire. On se contente de reséquer le rebord alvéolaire et on fulgure. Guérison depuis sept mois.*

M[lle] V. B..., trente-neuf ans, opérée par M. le Prof. Delassus, au commencement de 1907, d'un sarcome du maxillaire supérieur. L'examen histologique a démontré qu'il s'agissait d'un sarcome à myéloplaxes. En *juillet*, on s'est aperçu qu'il se formait sur le rebord alvéolaire de la mâchoire inférieure du même côté des bourrelets durs, qu'on crut devoir



Fig. 1.
Malade avant l'intervention.

Fig. 2.
Malade six semaines après l'intervention.

Fig. 3.
Malade trois mois après l'intervention
et tel qu'il est aujourd'hui
onze mois après l'intervention.

attribuer à la contusion provoquée par l'appareil de prothèse; mais ces végétations grossirent assez rapidement et une biopsie fut pratiquée par M. le Prof. Redier qui constata qu'il s'agissait de sarcome à myéloplaxes. La radiothérapie fut essayée sans succès et il ne restait plus qu'une ressource, la résection de la mâchoire inférieure, quand je proposai la fulguration avec une intervention chirurgicale limitée; on se contenta, en effet, de réséquer le rebord alvéolaire jusqu'au niveau de la branche montante et on fulgura largement. L'opération eut lieu le *13 décembre*.

J'ai revu depuis lors la malade tous les deux mois et tout dernièrement encore. Elle reste complètement cicatrisée depuis le *7 janvier 1908*.

Obs. X. — *Branchiome très volumineux de la parotide ulcéré suintant. Absolument inopérable. Opération laborieuse par morcellement. Fulguration. Guérison depuis six mois malgré qu'on ait laissé une plaie opératoire large comme la main.*

Cette observation a déjà été présentée *in extenso* à la Société des Sciences médicales de Lille (mai 1908), je la résumerai seulement ici.

M[lle] D. A..., trente-six ans, porte depuis quelques années une tumeur de la région parotidienne, qui a considérablement augmenté de volume dans ces derniers temps et est, au moment de l'intervention, grosse comme deux poings ulcérée, suintante, partout adhérente. Plusieurs chirurgiens de Paris et de Lille consultés ont refusé d'intervenir. M. le Prof. Duret, à qui je montre la malade, accepte de tenter une intervention qui a lieu le *3 février* et qui consiste à extirper la tumeur par morcellement. Les gros vaisseaux du cou sont englobés dans la masse néoplasique et il est impossible de les reconnaître; on s'arrête à la carotide interne et à la jugulaire interne, et on fulgure la plaie opératoire pendant un quart d'heure (pas plus, à cause de l'état précaire de la malade). On laisse ouverte la loge parotidienne évidée, ce qui permettra de refulgurer. Nouvelle fulguration le *25 février*, parce qu'on a remarqué sur la plaie quelques petits bourgeons cancéreux. La plaie, qui était plus grande que la paume de la main, s'est cicatrisée comme une plaie saine dans l'espace de deux mois et reste bien cicatrisée (nature de la tumeur, branchiome).

Obs. XI. — *Récidive de cancer du rectum, tumeur du volume d'une orange. Exérèse, fulguration. Guérison datant de six mois.*

M[me] M. C..., trente-quatre ans, a été opérée il y a un an, par M. le Prof. Duret, pour cancer du rectum. Elle rentre dans le service au début de janvier pour récidive sur la paroi antérieure du volume d'une orange. M. le Prof. Duret enlève cette masse néoplasique au bistouri, aussi largement qu'il le peut, puis on fulgure. La malade reste guérie depuis cette époque.

Obs. XII. — *Myxosarcome des parties molles de la cuisse opéré en mars 1906, récidivé six mois après. Radiothérapie sans résultat. Atteint le volume de trois poings. Opération conservatrice et fulguration le 6 février 1908. Guérison.*

M[lle] H. F..., vingt-huit ans, a été opérée au mois de mars 1907, par M. le Prof. Delassus, d'une tumeur de la région interne de la cuisse, qui avait, à cette époque le volume de deux poings. Six mois après, cette tumeur qui avait été reconnue à l'examen histologique myxosarcome, récidivait sur place et il ne restait plus qu'une intervention possible avec quelque chance de succès, la désarticulation de la hanche. Avant de se résoudre à cette alternative, on me confia la malade pour essayer la radiothérapie, qui resta

sans effet. La masse augmenta de volume considérablement jusqu'au début de *février*, époque à laquelle je proposai à M. le Prof. Delassus de tenter une opération conservatrice avec fulguration, ce qui fut fait.

Sous le vaste interne, nous trouvâmes une tumeur multilobée blanchâtre adhérente au muscle depuis ses insertions supérieures, jusqu'aux insertions inférieures, on ne trouva d'adhérences au périoste que sur un point. On excisa donc cette tumeur, qui avait le volume de trois poings, avec le vaste interne et je fulgurai largement, pendant une demi-heure, la plaie opératoire et la couche graisseuse sous-cutanée, puis on draina largement après avoir suturé sur une hauteur de plus de 40 centimètres. Je signale ici, parmi les suites opératoires, un écoulement extraordinairement abondant, franchement purulent, d'odeur infecte, qui dura trois semaines et s'accompagna d'élévations notables de la température vespérale jusqu'à 39° 5 avec chute matinale (véritable fièvre de suppuration). Il fallut changer les pansements plusieurs fois par jour, et le drainage ne suffisant plus, il fallut même faire sauter plusieurs crins pour faire des injections d'eau oxygénée. Aussi la cicatrisation fut-elle très longue. J'ai revu la malade ces jours-ci, elle ne présente pas trace de récidive.

OBS. XIII. — *Cancer de la partie postéro-supérieure de la cuisse, sessile, largement ulcéré, suintant un liquide roussâtre adhérant aux muscles de la région postérieure de la cuisse. Exérèse en dépassant la tumeur de 1 centimètre, tout autour. Fulguration. Cicatrisation parfaite de la plaie opératoire large comme la main.*

Mlle H..., cinquante ans, porte cette tumeur dont le point de départ a été à la peau, sous forme de bouton depuis dix ans. La tumeur a acquis actuellement un volume, qui rend l'intervention très difficile sans fulguration. L'opération, qui eut lieu le 7 avril, consiste à faire une incision circulaire autour de la tumeur, à un travers de doigt, au delà de ses limites; on la trouve adhérente aux muscles de la région postérieure de la cuisse et au rebord inférieur du grand fessier. La plaie opératoire est fulgurée, pendant un quart d'heure, puis on rapproche les lèvres de la plaie et on place deux gros drains. Il reste une plaie large comme 10 centimètres dans ses deux diamètres, qu'on panse à plat. Mais ici, comme dans le cas précédent, la suppuration est si abondante que les crins sautent au bout de quelques jours et on se trouve alors en présence d'une plaie large comme la main. Il n'y a pas eu, d'ailleurs, d'élévation de température considérable (37°8 au maximum le soir).

A partir du 22 *avril*, la suppuration est moins abondante, la plaie s'épidermise par ses bords.

J'ai revu la malade, ces jours-ci, complètement cicatrisée depuis plus d'un mois.

OBS. XIV. — *Troisième récidive de cancer du sein. Dernière intervention en novembre 1907. Exérèse et fulguration le 20 février 1908.*

Mme L..., a été opérée pour la première fois en novembre 1906, d'un cancer du sein gauche, une seconde fois dans le courant de 1907, pour une première récidive; et, une troisième fois, en *novembre 1907*, pour une récidive le long de la veine humérale. Deux mois après cette troisième intervention, deux noyaux de récidive réapparaissaient, un premier dur, adhérent à l'omoplate, sous l'omoplate gauche; un autre, également dur, sur la paroi externe du creux de l'aisselle, derrière le biceps.

L'opération, pratiquée par M. le Prof. Voituriez, eut lieu le *20 février 1908* et consista à faire une large incision dans la région de l'omoplate, au point

correspondant à la tumeur; on y trouva une masse néoplasique du volume d'un œuf de poule, adhérente à l'os, qui fut enlevée largement au bistouri, puis fulguration pendant 6 minutes, grattage et nouvelle fulguration pendant 6 minutes.

Sur la paroi externe du creux de l'aisselle on excisa, aussi complètement que possible une autre tumeur, adhérente en profondeur à un tissu de cicatrice très dur, qu'on étincela pendant 6 minutes et qu'on gratta à la curette, on en détacha un tissu ramolli et on fulgura de nouveau. Suture et large drainage.

L'exsudation fut très abondante dans ce cas, avec température vespérale de 37°8. La malade a pu quitter la maison de santé le *14 mars*, presque entièrement cicatrisée.

Les nouvelles que j'en ai eu ces derniers temps, sont bonnes. L'état général est excellent, l'on sent bien sur la paroi externe de l'aisselle dans la profondeur, d'après ce que m'écrit son médecin, une induration, mais cela n'a rien à voir avec la tumeur rougeâtre et presque excoriée de la dernière récidive.

Obs. XV. — *Cancer du col de l'utérus opéré en mai 1907 (hystérectomie abdominale totale). Récidive neuf mois après sous forme de végétation sur le le dôme vaginal. Fulguration et grattage le 5 février 1908. Guérison.*

Mme M... a été opérée, en mai 1907, par M. le Prof. Camelot, pour un cancer du col en chou-fleur, qui n'avait pas envahi la paroi vaginale; il n'y avait pas non plus d'adhérences du côté du péritoine. On a fait une hystérectomie abdominale totale. Au milieu de *janvier*, la malade est revenue trouver son chirurgien, se plaignant de perdre en blanc. Il constata sur le dôme vaginal la présence d'une végétation grosse comme une noix.

Le *5 février*, je fulgure la petite tumeur que M. Camelot extirpe à la curette, puis nouvelle fulguration pendant un quart d'heure sur la plaie opératoire et sur la région vaginale avoisinante.

Les jours suivants et jusqu'au *10 février*, nous constatons une exsudation très abondante de sérosité, sans élévation de température.

Le *15 février*, la malade sort de la maison de santé, la plaie a un bon aspect granuleux.

Elle reste guérie depuis cette époque.

Obs. XVI. — *Cancer végétant de la paroi postérieure du rectum. Extirpation par le thermocautère, puis fulguration le 31 mars 1908. Guérison.*

M. H..., soixante-deux ans, est porteur d'une végétation cancéreuse du rectum, du volume d'une noix largement implantée sur la paroi postérieure et les parois latérales du rectum Le cancer paraît assez facilement accessible et assez limité pour que M. le Prof. Delassus se décide à en pratiquer l'exérèse au thermocautère et à faire fulgurer la plaie opératoire.

L'opération eut lieu le 31 mars. Dans les jours suivants il y eut un écoulement séreux assez abondant qui se modéra au bout de trois ou quatre jours. Un incident opératoire, sans aucun rapport, d'ailleurs, avec la fulguration, obligea le chirurgien, à faire dès le lendemain un anus iliaque. Le malade se cicatrisa bien; son rectum ne présente aujourd'hui au niveau de la tumeur qu'une cicatrice un peu saillante; mais quand on lui proposa de réanastomoser le bout supérieur avec le bout inférieur, il s'y refusa, dans la crainte des risques d'une nouvelle intervention.

Obs. XVII. — *Végétations sarcomateuses de la muqueuse nasale. Grattage et fulguration le 23 avril 1908. Guérison depuis cette époque.*

M. B..., soixante-cinq ans, de Tourcoing, se présente à la consultation de

mon ami le Dr Delobel, pour une obstruction de la fosse nasale droite datant de plusieurs mois.

M. Delobel trouve la fosse nasale comblée par une tumeur myxomateuse irrégulièrement lobée, de couleur grisâtre et rouge vineuse, qui diffère totalement du polype muqueux ordinaire, tant par son aspect que par ses tendances hémorragiques et son point d'implantation. En effet, tout le méat inférieur est envahi par une masse fongueuse implantée sur ses diverses parois (plancher de la fosse nasale, cloison et cornet inférieur, celui-ci complètement englobé dans la tumeur). La région supérieure de la fosse nasale à partir du méat moyen paraît libre.

L'examen histologique d'un fragment de cette tumeur, pratiqué par M. le Dr D. Augier, démontra qu'il s'agissait d'une tumeur maligne composée en majeure partie de petites cellules conjonctives sans qu'il soit possible de définir la variété de sarcome à laquelle on a affaire.

Ce malade m'est confié pour le fulgurer après un curetage soigneux de tout le méat inférieur fait par les voies naturelles, sans rhinotomie préalable.

Cette intervention eut lieu le *23 avril*; deux jours après, le malade quittait la maison de santé. Il ne présenta d'élévation de température à aucun moment et, le quinzième jour, on put extraire de sa fosse nasale une énorme eschare noire, fétide, représentant tout le revêtement fulguré. Au-dessous, le méat inférieur apparaissait complètement net, permettant de voir avec la plus grande facilité tous les détails du naso-pharynx, de la trompe et du dos du voile.

Le malade, examiné ces jours derniers, ne présentait pas trace de récidive.

Obs. XVIII. — *Épithélioma de l'orbite absolument inopérable traité préalablement par plusieurs modes thérapeutiques dont aucun n'a pu empêcher l'évolution du cancer, en bonne voie de cicatrisation grâce à la fulguration.*

Ce dernier malade, bien qu'il ne soit pas encore complètement cicatrisé, mérite que je présente brièvement son observation, laquelle me paraît très probante en faveur de la méthode,

Dès novembre 1904, M. B..., qui a actuellement cinquante-cinq ans, vint me consulter pour un épithélioma térébrant de l'angle interne de l'œil. dont les bords furent cicatrisés par les rayons X, mais qui continua à se propager en profondeur. Après l'échec des rayons X et depuis le début de *1906*, jusqu'à la fin de *1907*, M. B... a été traité par les injections de sérum de Doyen dont il a reçu plus de 120. Le *25 octobre*, le chirurgien parisien à qui il s'était confié et qui le considérait comme inopérable se décida à intervenir électriquement et, si mes renseignements sont exacts, il n'y eut pas à proprement parler d'intervention chirurgicale, mais une simple escharification des tissus cancéreux au moyen de l'étincelle.

Ce nouveau mode de traitement n'eut pas un résultat plus heureux que les précédents, car je vis M. B..., en *février 1908*, dans l'état suivant :

L'orbite du côté droit est en partie vidée de son contenu, elle ne contient plus que les enveloppes de l'œil qui occupent la région externe de l'orbite. Les deux paupières sont détruites, en haut et en dedans on voit une muqueuse faisant hernie et qui provient des cellules ethmoïdales, la paroi interne de l'orbite est en partie détruite et laisse voir la cloison du nez, le plancher de l'orbite est détruit dans sa partie interne et l'orbite communique largement avec le sinus maxillaire. Partout on voit des végétations cancéreuses dures, qui sont particulièrement nombreuses dans la région interne.

Le *27 février*, j'intervins à nouveau avec M. le Prof. Camelot qui évida

l'orbite, excisa largement la peau qui recouvrait la partie supérieure des os propres du nez et le pourtour de l'orbite et je fulgurai largement toute la plaie opératoire pendant une dizaine de minutes. Cette première fulguration fut suivie d'un curetage soigneux, puis d'une seconde fulguration de même durée.

Nous étions en présence d'une perte de substance énorme, car la cavité orbitaire, complètement vide, communiquait largement avec le sinus maxillaire.

Cette perte de substance se combla, d'ailleurs, très bien et était en grande partie comblée au milieu de *mai;* mais nous dûmes pratiquer à cette époque une seconde fulguration avec curage, parce que quelques végétations suspectes réapparaissaient vers l'angle interne et inférieur.

Quoi qu'il en soit, l'état actuel est le suivant : M. B... a engraissé de 6 kilos depuis l'intervention, il n'a plus aucune douleur, la perte de substance orbitaire est comblée, celle du sinus maxillaire l'est en partie, et l'épidermisation est opérée sur plus de la moitié de la plaie, qui ne présente, d'ailleurs nulle part, de nodules suspects.

Ainsi que je vous le disais au début de cette trop longue communication, je n'ai retenu pour vous les citer ici que les cas les plus graves, ceux pour lesquels l'intervention chirurgicale, pratiquée dans les conditions où elle le fut, apparaissait disproportionnée avec le mal des cancers très variés comme nature et comme localisation, dans lesquels cette intervention insuffisante a provoqué la cicatrisation (1).

Je crois pouvoir en tirer cette conclusion QUE LA FULGURATION ÉLARGIT CONSIDÉRABLEMENT LE CHAMP DE LA CHIRURGIE, EN LUI DONNANT DES CHANCES SÉRIEUSES DE SUCCÈS, LA OU ELLE N'OSAIT PLUS INTERVENIR (2), laissant au temps le soin de répondre à cette autre question :

Donne-t-elle au malade des chances de non-récidive, ou du moins prolonge-t-elle la durée de la guérison apparente?

(1) Parmi les malades considérés comme guéris, j'apprends, au moment où je corrige les épreuves (5 octobre 1908), que celui de l'observation XVII est récidivé, les autres restent d'ailleurs en parfait état.

(2) Je crois devoir insister sur ce point que la fulguration telle que je la comprends et telle que la comprend de Keating-Hart, ne doit en aucune façon être opposée à la chirurgie qu'elle complète et perfectionne.

Bordeaux. — Impr. G. Gounouilhou, rue Guiraude, 9-11.

ARCHIVES
D'ÉLECTRICITÉ MÉDICALE
EXPÉRIMENTALES ET CLINIQUES

FONDÉES EN 1893 ET PUBLIÉES PAR J. BERGONIÉ

Seizième année de Publication

Chaque numéro des ARCHIVES se compose:

1° De travaux originaux formant la première partie, la plus importante de la publication, portant sur l'*électrothérapie*, l'*électrodiagnostic*, les *applications des rayons X à la médecine et à la chirurgie*, avec planches hors texte et dans le texte.

2° D'une *Revue de la Presse* contenant un résumé plus ou moins succinct de la plupart des articles publiés sur ces différents sujets tant en France qu'à l'Étranger.

3° D'une *Bibliographie* dans laquelle sont analysés les ouvrages nouvellement parus.

4° D'un *Index bibliographique* aussi complet que possible, par fiches détachables, où sont indiqués les titres des travaux parus en Électricité médicale. Ces fiches portent souvent des analyses succinctes.

5° De renseignements et faits divers que nous insérons et imprimons sur la couverture ou les gardes sous le titre *Nouvelles*.

Les ARCHIVES paraissent régulièrement les 10 et 25 de chaque mois;
elles sont imprimées sur beau papier in-8° raisin.
Chaque numéro se compose d'au moins 40 pages de texte.
Les 24 numéros forment chaque année un volume de 1 000 pages,
plus 36 pages au moins de fiches détachables,
formant à la fin de l'année une collection de 700 à 1 000 fiches.

Tout ce qui concerne la Rédaction, la Boîte aux Lettres et les Échanges

Doit être adressé à M. le Prof. J. BERGONIÉ, rue du Temple, 6 bis, BORDEAUX

Pour les ABONNEMENTS, s'adresser à M. J. HAMEL, administrateur des « Archives », rue du Temple, 6 bis, BORDEAUX

France. . . . . . . **20** fr. | Étranger . . . . . **22** fr.

Les Abonnements partent du mois de janvier et ne sont reçus que pour un an.

Prix du Numéro : **1** fr. **25**

Bordeaux. — Imp. G. GOUNOUILHOU, 9-11, rue Guiraude.